

CLINICAL AND PARACLINICAL SYMPTOMS OF SNORING PATIENTS UNDERGOING SURGERY AT THE NATIONAL OTORHINOLARYNGOLOGY HOSPITAL

Pham Tran Anh^{1,2}, Nguyen Trung Hieu¹, Dao Dinh Thi²,
Nguyen Tuan Son^{3*}, Nguyen Tuyet Xuong³, Ngo Xuan Khoa¹

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Dong Da Dist, Hanoi City, Vietnam

²National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam - 78 Giai Phong, Dong Da Dist, Hanoi City, Vietnam

³University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi -
144 Xuan Thuy, Dich Vong Hau Ward, Cau Giay Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 23/03/2025

Revised: 02/04/2025; Accepted: 24/04/2025

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical and paraclinical symptoms of snoring patients who underwent surgery at the National Otorhinolaryngology Hospital.

Subjects and methods: The research involved 34 patients who sought surgical intervention for snoring at the National Otorhinolaryngology Hospital from January 2024 to September 2024.

Results: Among the patient characteristics, the majority are men of working age (38.65 ± 11.44), have few comorbidities (diabetes 2.9%, hypertension 11.7%), and have a very low percentage of obese patients (2.9%). However, the AHI index is severe for the majority (80%). Sleepiness (61.7%) and diminished concentration (41.2%) are the primary symptoms during the day. The most common nighttime symptoms are apnea (82.3%) and loud snoring (100%). When the patient is awake, endoscopic examination rarely reveals the disease's distinctive symptoms. Turbinate hypertrophy was seen in only 20.6% of cases, 13.5% had hypertrophied uvulae, 14.7% had septal deviation, and 17.6% had large and wide uvulae. 13.5% had hypertrophied tonsils at the base of the tongue, and 1 patient (2.9%) had signs of grade 4 tonsil hypertrophy and Mallampati.

Conclusions: The study provides a basis for diagnosing snoring/sleep apnea syndrome and planning appropriate treatment, contributing to improving the quality of treatment.

Keywords: Obstructive sleep apnea syndrome, snoring.

*Corresponding author

Email: tuansonent@gmail.com Phone: (+84) 985854844 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i3.2536>

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NGỦ NGÁY ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Phạm Trần Anh^{1,2}, Nguyễn Trung Hiếu¹, Đào Đình Thi²,
Nguyễn Tuấn Sơn^{3*}, Nguyễn Tuyết Xương³, Ngô Xuân Khoa¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Q. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương - 78 Giải Phóng, Q. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, P. Dịch Vọng Hậu, Q. Cầu Giấy, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/03/2025

Chỉnh sửa ngày: 02/04/2025; Ngày duyệt đăng: 24/04/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ngủ ngáy được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu được thực hiện trên 34 bệnh nhân đến điều trị ngủ ngáy bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 1/2024 đến tháng 9/2024.

Kết quả: Đặc điểm của bệnh nhân gồm: chủ yếu là ở nam giới trong độ tuổi lao động ($38,65 \pm 11,44$), bệnh lý kèm theo không nhiều (tăng huyết áp 11,7%, đái tháo đường 2,9%), tỉ lệ bệnh nhân béo phì rất ít (2,9%). Tuy vậy, phần lớn (80%) là có chỉ số AHI mức độ nặng. Triệu chứng cơ năng ban ngày chủ yếu là buồn ngủ (61,7%) và giảm tập trung (41,2%). Còn ban đêm chủ yếu là ngủ ngáy to (100%) và có cơn ngừng thở (82,3%). Các dấu hiệu đặc trưng của bệnh ít xuất hiện qua khám nội soi lúc thức. Chỉ có 20,6% trường hợp quá phát cuốn, 14,7% lệch vẹo vách ngăn, 17,6% lưỡi gà dài rộng, 13,5% hạnh nhân đáy lưỡi quá phát, 1 bệnh nhân (2,9%) có dấu hiệu quá phát amidan và Mallampati độ 4.

Kết luận: Nghiên cứu cung cấp cơ sở để chẩn đoán hội chứng ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ và lập kế hoạch điều trị phù hợp, góp phần cải thiện chất lượng điều trị.

Từ khóa: Hội chứng ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ, ngủ ngáy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA), còn gọi là ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ, là một bệnh lý đặc biệt vì vừa phổ biến vừa có mức độ nghiêm trọng cao. Theo nghiên cứu của Benjafield và cộng sự đánh giá về tần suất mắc chứng này trên toàn cầu (2019), trong độ tuổi từ 30-69 tuổi có 936 triệu người có tắc nghẽn đường thở khi ngủ từ nhẹ đến vừa và 425 triệu người ở mức độ từ vừa đến nặng. Các quốc gia bị ảnh hưởng nhiều nhất là Trung Quốc, Mỹ, Brazil và Ấn Độ [1].

Ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ gây ra tình trạng mệt mỏi nhiều, buồn ngủ ban ngày, mất tập trung, suy giảm trí nhớ, và nếu lâu dài sẽ gây ra những hậu quả cực kỳ nghiêm trọng lên tim mạch, thần kinh và gia tăng nguy cơ tai nạn do các nguyên nhân khác nhau [3]. Hiện nay, để chẩn đoán ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ, các nhà lâm

sàng đã sử dụng đa ký giấc ngủ là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và đánh giá mức độ bệnh. Tuy nhiên, phương pháp này chưa chỉ ra được vị trí xẹp gây ra hiện tượng này; mặt khác đây là phương pháp tốn kém không sẵn có, làm cho việc lựa chọn phương pháp điều trị cho từng bệnh nhân cụ thể còn gặp nhiều khó khăn. Do vậy việc chẩn đoán đúng các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng cũng như triệu chứng cơ năng và thực thể của bệnh nhân ngủ ngáy là cần thiết, quan trọng.

Để đánh giá được các vị trí tắc nghẽn của đường thở trong hội chứng OSA, chúng tôi đã thực hiện đề tài nghiên cứu “Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ngủ ngáy được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương” với mục tiêu mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ.

*Tác giả liên hệ

Email: tuansonent@gmail.com Điện thoại: (+84) 985854844 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i3.2536>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu được tiến hành trên 34 bệnh nhân tại Khoa Nội soi và Khoa Phẫu thuật tạo hình, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 1/2024 đến tháng 9/2024.

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả chùm ca bệnh.

- Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện.

- Số liệu được xử lý và phân tích theo phương pháp thống kê y học SPSS 20.0.

- So sánh các biến định tính bằng test χ^2 , so sánh các biến định lượng bằng t-test.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm giới, tuổi của bệnh nhân nghiên cứu (n = 34)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	33	97,1
	Nữ	1	2,9
Nhóm tuổi	18-30	8	23,5
	31-45	17	50,0
	46-60	8	23,5
	> 60	1	2,9

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu đa số là nam giới (97,1%); độ tuổi trung bình là $38,65 \pm 11,44$ (trẻ nhất 19 tuổi, già nhất 64 tuổi), trong đó, bệnh nhân trong độ tuổi 31-60 chiếm ưu thế (73,5%), tiếp theo là nhóm bệnh nhân trẻ dưới 30 tuổi, chiếm 23,55%.

Bảng 2. Bệnh lý khác của bệnh nhân nghiên cứu (n = 34)

Bệnh lý khác	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Đái tháo đường	1	2,9
Tăng huyết áp	4	11,8

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có bệnh lý tăng huyết áp kèm theo là 11,8%, còn đái tháo đường chiếm 2,9%.

Bảng 3. Đặc điểm chỉ số BMI của bệnh nhân (n = 34)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Giá trị BMI (kg/m ²)	$\bar{X} \pm SD$	$25,42 \pm 2,41$	
	Min-max	19,38-32,65	

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Phân độ BMI	Thiếu cân (< 18,5 kg/m ²)	0	0
	Bình thường (18,5-24,9 kg/m ²)	18	52,9
	Thừa cân (24,9-29,9 kg/m ²)	15	44,1
	Béo phì (≥ 30 kg/m ²)	1	2,9

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có BMI trung bình là $25,42 \pm 2,41$ kg/m² (từ 19,38-32,65 kg/m²). Đa số bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường (52,9%), sau đó là nhóm thừa cân (44,1%). Duy chỉ có 1 trường hợp (2,9%) béo phì.

Bảng 4. Đặc điểm chỉ số ngưng thở - giảm thở (AHI) của bệnh nhân

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Giá trị AHI	$\bar{X} \pm SD$	$58,23 \pm 29,68$	
	Min-max	15-114	
Phân độ AHI (n = 15)	AHI < 5	0	0
	AHI = 5-14	0	0
	AHI = 15-30	3	20,0
	AHI > 30	12	80,0

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có chỉ số AHI trung bình là $58,23 \pm 29,68$ (từ 15-114). Trong 15 bệnh nhân có kết quả AHI, có 20% bệnh nhân có chỉ số AHI ở mức độ trung bình (AHI = 15-30), còn lại tất cả các bệnh nhân khác đều ở mức độ nặng (AHI > 30), chiếm 80%.

Bảng 5. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân nghiên cứu (n = 34)

Triệu chứng		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng ban ngày	Buồn ngủ ban ngày	21	61,7
	Ngủ gật khi làm việc	5	14,7
	Đau đầu khi ngủ dậy	7	20,6
	Giảm tập trung	14	41,2
Triệu chứng ban đêm	Ngáy to	34	100
	Ngừng thở khi ngủ quan sát được	28	82,3

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều ngủ ngáy to, và có cơn ngừng thở khi ngủ được quan sát bởi gia đình chiếm 82,3%. Các triệu chứng ban ngày ít gặp hơn các triệu chứng ban đêm, cao nhất là buồn ngủ ban ngày chiếm 61,7%.

Bảng 6. Đặc điểm nội soi tai mũi họng của bệnh nhân (n = 34)

Đặc điểm		Có		Không	
		n	%	n	%
Mũi	Lệch, vẹo vách ngăn	5	14,7	29	85,3
	Polyp mũi	0	0	34	100
	Quá phát cuốn	7	20,6	27	79,4
	Xẹp mũi	0	0	34	100
Họng	Lưỡi gà dài, rộng	6	17,6	28	82,4
	Hạch nhân lưỡi quá phát	5	14,7	29	85,3
	Eo họng xẹp	5	14,7	29	85,3

Nhận xét: Về đặc điểm khám nội soi, có 20,6% trường hợp quá phát cuốn; sau đó là lệch vẹo vách ngăn chiếm 14,7%; lưỡi gà dài rộng chiếm 17,6% số bệnh nhân nghiên cứu; tiếp theo là hạch nhân lưỡi quá phát, chiếm 14,7%.

Bảng 7. Đặc điểm phân độ amidan quá phát, Mallampati, Friedman (n = 34)

Đặc điểm							
Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
n	%	n	%	n	%	n	%
Amidan quá phát							
2	5,9	15	44,1	16	47,1	1	2,9
Mallampati							
3	8,8	13	38,2	17	50,0	1	2,9
Friedman							
6	17,6	8	23,5	20	58,8	0	0

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, amidan quá phát độ 4 và Mallampati độ 4 rất ít, đều chiếm 2,9%. Đa số amidan gặp quá phát độ 3 (47,1%), tiếp theo là độ 2 (44,1%). Với thang điểm Mallampati, nhóm bệnh nhân độ 3 và độ 2 chiếm đa số, tỉ lệ lần lượt là 50% và 38,2%. Một số trường hợp amidan độ 1 (5,9%) và Mallampati độ 1 (8,8%) cũng gây ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ. Với thang điểm Friedman, độ 3 chiếm đa số (58,8%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $38,65 \pm 11,44$ (từ 19-64 tuổi). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Sharifian ($38,9 \pm 9,26$) và Amirzargar ($41,5 \pm 10,1$) [4-5], trong đó bệnh nhân trong độ tuổi từ 31-60 chiếm ưu thế (73,55%), tiếp theo là nhóm bệnh nhân dưới 30 tuổi (23,55%). Bệnh nhân độ tuổi từ 30-60 trong nghiên cứu của Trần Thị Hoa (2019) là 66%, còn nhóm dưới 30 tuổi chỉ chiếm 8,5% [6]. Theo các nghiên cứu chung về ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ, tỉ lệ bệnh tăng cao ở tuổi trung niên và người lớn tuổi. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi và của một số tác giả khác sử dụng phương pháp can thiệp ngoại khoa, tỉ lệ người bệnh cao nhất là trong độ tuổi 30-60, đặc biệt nghiên cứu này cho thấy nhóm trẻ hơn 30 tuổi cũng chiếm tỉ lệ rất cao. Điều này được lý giải là do các bệnh nhân trong nhóm tuổi lao động thường có xu hướng tìm kiếm những giải pháp thay thế cho CPAP cao hơn so với nhóm tuổi đã về hưu. Các nhóm tuổi trẻ thường phải di chuyển, giao lưu nhiều hơn (đi công tác, du lịch...) thường có xu hướng ít dung hợp với CPAP hơn.

4.2. Đặc điểm giới của bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu đa số là nam giới, chiếm 97,1%, tương đồng với các nghiên cứu của Amali, Trần Thị Hoa có tỉ lệ bệnh nhân nam lần lượt là 87,6% và 80,9% [7], [6]. Tỉ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ được cho là do phân bố mỡ của nam khác nữ, ngoài ra hormone giới tính cũng có vai trò bảo vệ nhất định trong cơ chế sinh bệnh ở nữ giới, bằng chứng là các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc bệnh ở phụ nữ mãn kinh cao hơn phụ nữ chưa mãn kinh và tương đương với nam giới [8].

Hơn nữa, nam giới thường có xu hướng hoạt động rộng, tham gia vào các hoạt động giao lưu hoặc các công việc đòi hỏi phải di chuyển nhiều (doanh nhân, bộ đội, công an...). Ngoài ra, việc thể hiện là "phái mạnh" cũng khiến cho nam giới khó tuân thủ việc đeo CPAP mỗi tối khi đi ngủ hơn. Cho nên trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng như ở một số các nghiên cứu về phẫu thuật điều trị ngáy khác, tỉ lệ nam giới còn cao hơn.

4.3. Đặc điểm bệnh lý khác của bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có bệnh lý tăng huyết áp kèm theo là 11,7%, và đái tháo đường chiếm 2,9%. Kết quả này tương đồng với Trần Thị Hoa (2019): tăng huyết áp chiếm 12,8%, đái tháo đường là 10,6% [6]. So với các nghiên cứu ở nước ngoài, tỉ lệ đái tháo đường của chúng tôi thấp hơn nhiều so với Meslier (30%) và Mahmood (30,1%) với bệnh nhân có hội chứng ngừng thở khi ngủ; và tỉ lệ tăng huyết áp vào khoảng 30-50% theo Silverberg [9-10].

Tăng huyết áp là bệnh đồng mắc thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (11,7%). Lavie và cộng sự nhận thấy chỉ số ngừng, giảm thở tăng thêm 1 cơn/giờ thì nguy cơ mắc tăng huyết áp tăng thêm 1%, ngoài ra khi chỉ số ngừng, giảm thở tăng thêm 1 cơn/giờ thì chỉ

số huyết áp tâm thu tăng thêm 0,1 mmHg và huyết áp tâm trương tăng thêm 0,04 mmHg [10].

Đái tháo đường typ 2 rất phổ biến trên các bệnh nhân ngừng thở khi ngủ, cơ chế liên quan đến béo phì và sự đề kháng insulin. Nghiên cứu của Kent (2014) ghi nhận tỉ lệ mắc đái tháo đường ở nhóm bệnh nhân nặng là 28,9% [11]. Tuy vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ gặp 2,9% bệnh nhân đái tháo đường. Điều này có thể do các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trẻ hơn so với các nghiên cứu khác về ngủ ngáy. Các bệnh nhân đến chủ yếu với mong muốn được phẫu thuật để không phải tiếp tục sử dụng máy CPAP do không thuận tiện trong công tác.

4.4. Đặc điểm chỉ số BMI của bệnh nhân

Thừa cân, béo phì là yếu tố nguy cơ quan trọng làm tăng tỉ lệ mắc cũng như tăng mức độ nặng của hội chứng ngừng thở khi ngủ. Young và cộng sự (1993) nhận thấy khi BMI tăng thêm 1 độ lệch chuẩn, tỉ lệ mắc OSA tăng lên 4 lần [8]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, BMI trung bình là $25,42 \pm 2,41$ kg/m² (19,38-32,65). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Jung (26,6 kg/m²), và Amirzargar (28,0 kg/m²), thuộc nhóm thừa cân; nhưng lại thấp hơn so với nghiên cứu của Kandasamy (BMI từ 30,52-34,35) [12], [4], [13]. Bệnh nhân phần lớn có BMI bình thường (chiếm 53%), sau đó là nhóm thừa cân (44,1%). Duy chỉ có 1 trường hợp (2,9%) bệnh nhân béo phì. Điều này có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở độ tuổi trẻ, trong tuổi lao động, nên phần lớn muốn tìm kiếm giải pháp phẫu thuật để thuận tiện cho công việc sau khi chưa thỏa mãn với việc dùng lại ở các biện pháp truyền thống như giảm cân và thở máy CPAP. Chính vì vậy mà tỉ lệ thừa cân ở đối tượng này không cao.

4.5. Đặc điểm chỉ số AHI của bệnh nhân

Để chẩn đoán và đánh giá mức độ nặng của hội chứng ngừng thở khi ngủ, chúng tôi dựa vào chỉ số ngưng thở - giảm thở (AHI) là tiêu chuẩn chính. AHI được tính bằng số sự kiện hô hấp có tính chất tắc nghẽn trong 1 giờ ngủ, $AHI > 5$ là điều kiện cần để chẩn đoán mắc ngừng thở khi ngủ. Dựa vào AHI, bệnh nhân được phân chia làm 2 nhóm: trung bình và nặng. Kết quả nghiên cứu cho thấy AHI trung bình là $58,23 \pm 29,68$ (từ 15-114). Trong 15 bệnh nhân có kết quả AHI, 20% bệnh nhân có AHI mức độ trung bình ($AHI = 15-30$), còn lại tất cả các bệnh nhân khác đều ở mức độ nặng, chiếm 80% ($AHI > 30$). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Jung ($AHI = 32,04$), và nghiên cứu của Cho W.H ($AHI = 33,16$) [12-14]. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân mắc ngừng thở khi ngủ mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao, tuy nhiên con số này không đại diện cho quần thể dân số chung vì chúng tôi chỉ nghiên cứu trên các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật chuyên khoa tai mũi họng.

4.6. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân nghiên cứu

Các triệu chứng ban ngày:

Buồn ngủ ban ngày là một biểu hiện thường gặp và

quan trọng trong đánh giá mức độ nặng của hội chứng ngừng thở khi ngủ, là hậu quả của việc thức giấc nhiều lần trong đêm do các cơn giảm thở, ngừng thở gây nên. Mức độ ảnh hưởng của buồn ngủ có thể kín đáo như ngủ gật khi đang xem tivi hoặc có thể nặng hơn là ngủ gật ngay khi đang thực hiện các hoạt động yêu cầu sự chú ý như lái xe, điều khiển máy móc hay nói chuyện với người khác. Buồn ngủ ban ngày quá mức làm suy giảm nhận thức, giảm hiệu quả công việc và làm tăng nguy cơ tai nạn giao thông. Để lượng giá mức độ buồn ngủ ban ngày, các tác giả dùng thang điểm Epworth (ESS). Bệnh nhân tự đánh giá nguy cơ họ bị ngủ gật trong 8 tình huống khác nhau về mức độ thức tỉnh trong cuộc sống hàng ngày, số điểm từ 0 đến 24, chia ra 3 mức độ, dưới 10 điểm được xem là bình thường và từ 11 điểm trở lên được xem là có khả năng ngủ gật cao. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có triệu chứng ban ngày ít gặp hơn các triệu chứng ban đêm, cao nhất là buồn ngủ ban ngày chiếm 61,7%, sau đó là giảm tập trung chiếm 41,2%. Kết quả nghiên cứu thấy sự tương đồng với nghiên cứu của Kandasamy (2023) vấn đề về thờ (56%) và buồn ngủ ban ngày (64%) [13].

Các triệu chứng ban đêm:

- Ngáy to khi ngủ là triệu chứng hay gặp nhất trong hội chứng ngừng thở khi ngủ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận ngáy to khi ngủ gặp ở 100% bệnh nhân. Nghiên cứu của Whyte (1989) cho thấy ngáy là triệu chứng chính thường gặp của hội chứng ngừng thở khi ngủ, chiếm 70-95% bệnh nhân mắc ngừng thở khi ngủ, đây cũng là lý do phổ biến người nhà đưa bệnh nhân đến khám vì ảnh hưởng đến sinh hoạt và chất lượng cuộc sống [15].

- Con ngừng thở được chứng kiến là triệu chứng hay gặp thứ hai. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 82,3% bệnh nhân có cơn ngừng thở được chứng kiến bởi người ngủ cùng. Ở những bệnh nhân ngừng thở khi ngủ mức độ nhẹ, cơn ngừng thở thường vẫn duy trì được cử động hô hấp ngực - bụng và được kết thúc bởi tiếng thở to, thở gấp hoặc tiếng rên đôi khi có thức giấc thoáng qua hoặc vận động chân tay. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 82,3% bệnh nhân có cơn ngừng thở khi ngủ được quan sát bởi gia đình. Kết quả nghiên cứu thấy sự tương đồng với nghiên cứu của Kandasamy (2023) với ngáy to chiếm đa số (80%) và nghiên cứu của Trần Thị Hoa (2019) [13], [6].

4.7. Đặc điểm nội soi tai mũi họng của bệnh nhân

Liên quan giữa lệch vách ngăn, phì đại cuốn mũi dưới, polyp mũi và ngủ ngáy/ngưng thở khi ngủ:

Mặc dù, mũi chiếm trên 50% tổng kháng trở đường hô hấp trên và đóng một vai trò quan trọng trong việc thiết lập các chức năng sinh lý như tạo ẩm, sưởi ẩm và lọc không khí; nơi có sức cản lớn nhất với luồng khí là vùng van mũi ngoài cấu tạo bởi sụn, vách ngăn, cuốn mũi dưới. Phì đại cuốn mũi không phải là yếu tố liên quan đến tình trạng AHI nặng, tuy nhiên có liên quan đến

tình trạng SpO₂ nền giảm (OR = 1,12, 95%CI = 0,04-0,85) có ý nghĩa thống kê. Lavie và cộng sự đã nghiên cứu ảnh hưởng của tắc nghẽn một phần và hoàn toàn mũi ở những người khỏe mạnh và quan sát thấy có sự gia tăng số lần ngừng thở khi ngủ, nhưng không khẳng định được là nguyên nhân gây tình trạng nặng [16]. Theo Shah J.A và cộng sự (2015), tỉ lệ phì đại cuộn mũi dưới có sự khác biệt giữa nhóm không mắc hội chứng OSA và nhóm mắc hội chứng OSA có ý nghĩa thống kê mà không thấy mối liên quan của polyp mũi trong tình trạng nặng của OSA [17].

Nghiên cứu của chúng tôi có 20,6% trường hợp quá phát cuốn, sau đó là lệch vẹo vách ngăn (14,7%). Điều này cho thấy tỉ lệ quá phát cuốn của các bệnh nhân trong nhóm này khá cao. Do vậy, cần có nghiên cứu thêm về hiệu quả điều trị của phương pháp chỉnh hình cuốn và chỉnh hình vách ngăn trong nhóm bệnh nhân ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ.

Liên quan giữa bất thường màn hầu - lưỡi gà và ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ:

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: đặc điểm lưỡi gà dài rộng chiếm 17,6%, tiếp theo là hạnh nhân lưỡi quá phát (14,7%). Nghiên cứu phân tích gộp của Chang E.T và cộng sự (2018) trên 845 nghiên cứu, các nghiên cứu đã liên tục chứng minh rằng mức độ nghiêm trọng ngày càng tăng của chứng ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ có liên quan đến việc suy giảm chức năng thần kinh cảm giác của vòm miệng cùng với những thay đổi mô học teo các dây thần kinh và sợi cơ của khẩu cái mềm và lưỡi gà; và khẳng định màn hầu rủ và phì đại lưỡi gà do các bệnh lý thần kinh cơ gây mất trương lực liên quan đến sự tiến triển của chứng ngủ ngáy dẫn đến OSA nghiêm trọng [18]. Mối tương quan trực tiếp giữa kích thước lưỡi gà và mối quan hệ của nó đặc biệt với chứng ngủ ngáy và OSA vẫn là chủ đề cho các nghiên cứu tiềm năng trong tương lai.

4.8. Đặc điểm phân độ amidan quá phát, Mallampati, Friedman

Liên quan giữa quá phát amidan và ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng amidan quá phát độ 4 và Mallampati độ 4 rất ít, đều chiếm 2,9%. Đa số amidan gặp quá phát độ 3 (47,1%), tiếp theo là độ 2 (44,1%), tương đồng với nghiên cứu của Cahali (2011) về tỉ lệ amidan độ 2 (43,1%), tuy nhiên lại chênh lệch ở độ 3 (16,2%) [19]. Nghiên cứu của Smith M.M và cộng sự (2017) cho thấy có sự khác biệt đáng kể được phát hiện giữa chỉ số AHI trung bình trước phẫu thuật là 31,57 và giá trị trung bình sau phẫu thuật là 8,12 ($p < 0,001$) [20]. Tất cả các kết quả được báo cáo của bệnh nhân đều cải thiện đáng kể sau khi cắt amidan, có 78% đáp ứng phẫu thuật với điều trị. Smith M.M khẳng định cắt amidan dường như là một phương pháp điều trị hiệu quả cho chứng ngừng thở khi ngủ ở một số người trưởng thành mắc chứng phì đại amidan được chọn lọc. Điều này cho thấy, không phải nhất thiết amidan to mới

có thể gây ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ. Trên thực tế có rất nhiều trường hợp amidan độ 2 nhưng khi được kiểm tra dưới DISE lại thấy hiện tượng xẹp hoàn toàn ở vùng thành bên họng miệng tương ứng với vị trí amidan.

Liên quan giữa Mallampati và ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ:

Eo họng hay họng miệng là vùng dễ bị xẹp nhất trong toàn bộ đường hô hấp trên. Sự quá phát amidan, màn hầu, khẩu cái mềm rủ xuống, lưỡi gà dài và dày do mất trương lực cơ, lưỡi to, lưỡi tụt ra sau, gốc lưỡi đầy đều gây xẹp khẩu kính họng miệng và là nguyên nhân gây ngủ ngáy. Mallampati là hệ thống phân loại đánh giá xẹp đường thở vùng hầu miệng không xâm lấn, nhanh thuận tiện, đơn giản và được cho là rất có ích khi sử dụng để đánh giá bệnh nhân OSA. Tuy vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi với thang điểm Mallampati, nhóm bệnh nhân độ 3 và độ 2 chiếm đa số (50% và 38,2%), tương đồng với nghiên cứu của Cahali (2011), với tỉ lệ Mallampati độ 3 và độ 2 lần lượt là 48,5% và 32,3% [19]. Mallampati độ 1 (8,8%) cũng gây ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ. Điều này cho thấy là không phải nhất thiết cứ Mallampati độ cao mới có thể gây ngủ ngáy/ngừng thở khi ngủ. Trên thực tế có rất nhiều trường hợp có Mallampati độ 1 nhưng khi được kiểm tra dưới DISE lại thấy hiện tượng xẹp hoàn toàn ở vùng khẩu cái mềm.

5. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân ngủ ngáy được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương chủ yếu là ở nam giới, trong độ tuổi lao động ($38,65 \pm 11,44$), bệnh lý kèm theo không nhiều (tăng huyết áp 11,7%, đái tháo đường 2,9%), tỉ lệ bệnh nhân béo phì rất ít (2,9%). Tuy vậy, phần lớn (80%) có chỉ số AHI ở mức độ nặng.

Triệu chứng cơ năng ban ngày chủ yếu là buồn ngủ (61,7%) và giảm tập trung (41,2%). Còn ban đêm chủ yếu là ngủ ngáy to (100%) và có cơn ngừng thở (82,3%).

Các dấu hiệu đặc trưng của bệnh ít xuất hiện qua khám nội soi lúc thức. Chỉ có 20,6% trường hợp quá phát cuốn, 14,7% lệch vẹo vách ngăn, 17,6% lưỡi gà dài rộng, 13,5% hạnh nhân đáy lưỡi quá phát, 1 bệnh nhân (2,9%) có dấu hiệu quá phát amidan và Mallampati độ 4.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Benjafield A.V et al. Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. *Lancet Respir Med*, 2019, 7 (8), p. 687-698.
- [2] Cames P.R, Berry R.D, Geyer J.D. *Clinical Sleep Disorders*, 1st ed, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- [3] Gabryelska A, Białasiewicz P. Association between excessive daytime sleepiness, REM phenotype and severity of obstructive sleep apnea.

- Scientific Reports, 2020, 10 (1), p. 34.
- [4] Amirzargar B, Sadeghi M, Saedi B. Muller's Maneuver in Patients with Obstructive Sleep Apnea. *Journal of Sleep Sciences*, 2016, 1.
 - [5] Sharifian M.R et al. Drug Induced Sleep Endoscopy in Obstructive Sleep Apnea. *Tanaffos*, 2018, 17 (2), p. 122-126.
 - [6] Trần Thị Hoa và cộng sự. Đặc điểm nội soi đường hô hấp trên trong giấc ngủ tạo ra bằng thuốc trong hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021, 506 (1), tr. 80-85.
 - [7] Amali A et al. Polysomnographic Findings Versus Degree of Obstruction During Drug-Induced Sleep Endoscopy and Muller's Maneuver. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 2023, 75 (4), p. 2769-2776.
 - [8] Young T et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med*, 1993, 328 (17), p. 1230-5.
 - [9] Meslier N et al. Impaired glucose-insulin metabolism in males with obstructive sleep apnoea syndrome. *Eur Respir J*, 2003, 22 (1), p. 156-160.
 - [10] Lavie P et al. Obstructive sleep apnea and hypertension: from correlative to causative relationship. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 2001, 3 (5), p. 296-301.
 - [11] Kent B.D et al. Diabetes mellitus prevalence and control in sleep-disordered breathing: the European Sleep Apnea Cohort (ESADA) study. *Chest*, 2014, 146 (4), p. 982-990.
 - [12] Jung A.R et al. Comparison of level and degree of upper airway obstruction by Muller's maneuver and drug-induced sleep endoscopy in obstructive sleep apnea patients. *Auris Nasus Larynx*, 2017, 44 (5), p. 571-575.
 - [13] Kandasamy G, Almeleebia T. A Prospective Study on Obstructive Sleep Apnea, Clinical Profile and Polysomnographic Variables. *J Pers Med*, 2023, 13 (6).
 - [14] Cho Y.W et al. Comorbid Insomnia With Obstructive Sleep Apnea: Clinical Characteristics and Risk Factors. *J Clin Sleep Med*, 2018, 14 (3), p. 409-417.
 - [15] Whyte K.F et al. Clinical features of the sleep apnoea/hypopnoea syndrome. *Q J Med*, 1989, 72 (267), p. 659-66.
 - [16] Lavie P et al. The effects of partial and complete mechanical occlusion of the nasal passages on sleep structure and breathing in sleep. *Acta Otolaryngol*, 1983, 95 (1-2), p. 161-6.
 - [17] Shah J.A, et al. Obstructive Sleep Apnea: Role of an Otorhinolaryngologist. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 2016, 68 (1), p. 71-4.
 - [18] Chang E.T et al. The relationship of the uvula with snoring and obstructive sleep apnea: a systematic review. *Sleep Breath*, 2018, 22 (4), p. 955-961.
 - [19] Cahali M.B et al. Tonsil volume, tonsil grade and obstructive sleep apnea: is there any meaningful correlation? *Clinics (Sao Paulo)*, 2011, 66 (8), p. 1347-52.
 - [20] Smith M.M, Peterson E, Yaremchuk K.L., The Role of Tonsillectomy in Adults with Tonsillar Hypertrophy and Obstructive Sleep Apnea. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2017, 157 (2), p. 331-335.